様式第１号（第５条関係）

介護保険事業所事故発生報告書

　　　年　　月　　日

（宛先）幸田町長

事業所住所

事業所名

電話番号

代表者名　　　　　　　　　　　　　担当者名

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者 | ふりがな |  | 要介護度 | 要支援１ ２要介護１ ２ ３ ４ ５ |
| 氏名 |  |
| 被保険者番号 |  |
| 生年月日 |  |
| 住所 | 幸田町大字 |
| 事故の概要 | 発生日時 | 　　　年　　　月　　　日　　　　　　　時　　　　分頃 |
| 発生場所 |  |
| 第一発見者 |  |
| 事故の内容（具体的に） |  |
| 事故時の対応 | 対応の概要 |  |
| 受診医療機関名（科名） |  |
| 家族への連絡の有無 | 有　・　無 | 連絡者 |  | 利用者との関係 |
|  |
| 連絡内容 |  |
| 連絡日 | 　　　年　　　月　　　日　　　　　　　時　　　　分頃 |

備考　記載しきれない場合は、適宜別紙を添付すること。